

診療情報提供書(上部消化管内視鏡検査用)

年 月 日

紹介元医療機関 紹介医師氏名 (住所・電話番号)	
--------------------------------	--

患者情報	フリガナ		男	生年月日	(歳)
	氏 名			女	明・大・昭・平・令
	住 所	(〒 -)			(TEL

☐ 医療機関へ連絡 ☐ 患者さんに直接連絡 ☐ 患者さんから連絡

【紹介目的】

【事前確認】(□に一つチェックをつけてください)

1. お腹を切る手術を受けたことがある

☐ いいえ ☐ はい はいの場合→ ☐ 胃 ☐ 胆のう ☐ 虫垂 ☐ 大腸 ☐ 卵巣 ☐ 子宮

☐ 帝王切開 ☐ その他 ()

2. 糖尿病である

☐ いいえ ☐ はい はいの場合→ 治療中である ☐ いいえ ☐ 内服薬 ☐ インシュリン注射

3. アレルギーを起こすものがある

☐ いいえ ☐ はい はいの場合→ ☐ キシロカイン(歯科や胃カメラ前の喉の麻酔)

☐ アルコール ☐ ヨード ☐ ラテックス(天然ゴム)